

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

564

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Yves VÉRON**

Né le 1<sup>er</sup> Novembre 1905 à PLEURTUIT (Ille-et-Vilaine)

---

La Crysothérapie  
dans le  
Rhumatisme Tuberculeux

---

*Président : Monsieur A. LEMIERRE, professeur*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1932



LA CRYSOTHÉRAPIE  
DANS LE RHUMATISME TUBERCULEUX



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1932

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves VÉRON

Né le 1<sup>er</sup> Novembre 1905 à PLEURTUIT (Ille-et-Vilaine)

---

La Crysothérapie  
dans le  
Rhumatisme Tuberculeux

---

*Président : Monsieur A. LEMIERRE, professeur*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

Doyen .....

BALTHAZARD.

# I. — Professeurs

MM.

Anatomie .....  
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale .....  
Physiologie .....  
Physique médicale .....  
Chimie médicale .....  
Bactériologie .....  
Parasitologie et Histoire naturelle médicale .. ...  
Pathologie et Thérapeutique générales .....  
Pathologie médicale .....  
Pathologie chirurgicale .....  
Anatomie pathologique .....  
Histologie .....  
Pharmacologie et matière médicale .....  
Thérapeutique .....  
Hygiène et médecine préventive .....  
Médecine légale .....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie .....

ROUVIERE.  
GREGOIRE.  
BINET.  
STROHL.  
DESGREZ.  
LEMIERRE.  
BRUMPT.  
BAUDOIN.  
CLERC.  
LENORMANT.  
ROUSSY.  
CHAMPY  
TIFFENEAU.  
LOEPER.  
TANON.  
BALTHAZARD.  
LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée .....  
Hydrologie et thérapeutique et climatologie .....

FIESSINGER.  
Maur. VILLARET.  
CARNOT.

Clinique médicale .....

BEZANÇON.  
ACHARD.  
Marcel LABBE.  
LEREBoullet.  
NOBECOURT.  
H. CLAUDE.  
GOUGEROT.  
GUILLAIN.  
TEISSIER.

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
Clinique des maladies des enfants .....  
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
Clinique des maladies du système nerveux .....  
Clinique des maladies infectieuses .....

DEL BET.  
CUNEO.

Clinique chirurgicale .....

N..  
GOSSET.

Clinique ophtalmologique .....  
Clinique urologique .....

TERRIEN.  
LEGUEU.

Clinique d'accouchements .....

COUVELAIRE.  
BRINDEAU.

Clinique gynécologique .....  
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
Clinique thérapeutique médicale .....  
Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
Clinique propédeutique .....  
Clinique de la Tuberculose .....  
Professeur sans chaire .. ...

JEANNIN.  
J.-L. FAURE.  
OMBREDANNE.  
RATHERY.  
LEMAITRE.  
Pierre DUVAL.  
Léon BERNARD  
SERGENT.  
MAUCLAIRE.  
MULON.

# II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychi-  
trie.  
AUBERTIN .. Pathologie médicale.  
BENARD Henri Pathologie médicale.  
BROCC ..... Pathologie chirurgicale.  
BRULE ..... Pathologie médicale.  
BUSQUET .... Pharmacologie.  
CADENAT ... Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA .... Pathologie médicale.  
CHABROU .... Pathologie médicale.  
CHAILLEY-  
BERT. Physiologie.  
CHEVALLIER . Pathologie médicale.  
DOGNON ..... Physique.  
DONZELOT .. Pathologie médicale.



|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| MM.                      |                          |
| ECALLE .....             | Obstétrique.             |
| FEY .....                | Urologie.                |
| GASTINEL ..              | Bactériologie.           |
| GATELLIER ..             | Pathologie chirurgicale. |
| De GAUDART<br>d'ALLAINES | Pathologie chirurgicale. |
| GIROUD .....             | Histologie.              |
| HARVIER .....            | Pathologie médicale.     |
| HAZARD .....             | Pharmacologie.           |
| HOVELACQUE...            | Anatomie.                |
| HUGUENIN ...             | Anatomie pathologique.   |
| HUTINEL ....             | Pathologie médicale.     |
| JOANNON ....             | Chimie biologique.       |
| LABBE Henri .            | Hygiène.                 |
| LAROCHE Guy              | Pathologie médicale.     |
| LEVEUF .....             | Pathologie chirurgicale. |
| LEVY-VALENSI             | Neuro-psychiatrie.       |
| LIAN .....               | Pathologie médicale.     |
| MILLOT .....             | Histologie.              |

|                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| MM.            |                                       |
| MONDOR .....   | Pathologie chirurgicale.              |
| MOREAU .....   | Pathologie médicale.                  |
| MOULONGUET     | Pathologie chirurgicale.              |
| MOURE .....    | Pathologie chirurgicale.              |
| ÖBERLING ...   | Anatomie pathologique.                |
| OLIVIER .....  | Anatomie.                             |
| PIEDELIEVRE .  | Médecine légale.                      |
| PORTES .....   | Obstétrique.                          |
| QUENU .....    | Pathologie chirurgicale.              |
| RICHET, Fils.. | Physiologie.                          |
| SANNIE .....   | Chimie biologique.                    |
| SEZARY .....   | Dermatologie et syphig-<br>tigraphie. |
| VALLERY-RADOT  | Pathologie médicale.<br>(Pasteur) .   |
| VAUDESCAL ..   | Obstétrique.                          |
| VELTER .....   | Ophthalmologie.                       |
| VERNE .....    | Histologie.                           |
| VIGNES .....   | Obstétrique.                          |

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| MM.          |                        |
| GUENIOT .... | Obstétrique.           |
| LEQUEUX .... | Obstétrique.           |
| LEROUX ..... | Anatomie pathologique. |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| MM.               |                |
| NEVEU-<br>LEMAIRE | Parasitologie. |
| RETTNER ...       | Histologie.    |
| ZIMMERN ...       | Physique.      |

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| MM.          |                        |
| ABRAMI ..... | Clinique médicale.     |
| CHIRAY ..... | Clinique médicale.     |
| DEBRE .....  | Clinique médicale.     |
| DUVOIR ..... | Clinique médicale.     |
| BASSET ..... | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU ... | Clinique chirurgicale. |
| HEITZ-BOYER. | Clinique chirurgicale. |

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| MM.          |                        |
| MATHIEU .... | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT .... | Clinique chirurgicale. |
| PROUST ..... | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ ... | Clinique chirurgicale. |
| LEVY-SOLAL . | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER .. | Clinique obstétricale. |
| METZGER .... | —                      |
| GUÉNIOT..... | —                      |

### V. — Chargés de cours

|                                            |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM.                                        |                                                                                                                                                |
| MAUCLAIRE, professeur sans<br>chaire ..... | } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les<br>mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY .....                                 |                                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT, Agrégé ....                 | Stomatologie.                                                                                                                                  |
| LEDoux-LEBARD .....                        | Education physique.                                                                                                                            |
| WEILL-HALLE .....                          | Radiologie clinique.                                                                                                                           |
|                                            | Puériculture.                                                                                                                                  |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

EDOUARD MOREL

*Etudiant en Médecine*

*Tué à Verdun, le 2 août 1918*

A MA MÈRE

Je suis heureux de pouvoir lui offrir ce témoignage de ma profonde affection.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE EDOUARD MOREL

Que j'unis dans les mêmes sentiments d'affection et de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PELLE  
*Médecin de l'Hôtel-Dieu de Rennes*

Qui nous a donné le sujet de cette  
thèse.  
Remerciements.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES  
ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

AUX DOCTEURS PRIGENT ET GRENIE  
*De l'Hôpital de Saint-Brieuc*

A MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

FULBERT TAILLARD, EDOUARD DESHAYES,  
BERNARD COUDRAY, LOIC FAVRO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

*Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris*  
*Médecin des Hôpitaux*

En témoignage de vive gratitude  
pour le très grand honneur qu'il nous  
fait en acceptant la présidence de cette  
thèse.

A MON JURY DE THÈSE

# LA CRYSOThÉRAPIE

## DANS LE RHUMATISME TUBERCULEUX

---

### Introduction

Le bacille de Koch est susceptible de déterminer au niveau des articulations de même qu'au niveau des autres séreuses (plèvre, péritoine..), des phénomènes inflammatoires, aigus, transitoires, curables.

Dans le service du Docteur Pellé, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, nous avons suivi deux malades ayant présenté les manifestations du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux dont l'étiologie a été bactériologiquement vérifiée.

Pensant que le rhumatisme de Poncet fait assez rarement sa preuve étiologique nous avons cru bon de rap-peler ces observations.

Au point de vue thérapeutique, il a paru tout indiqué d'essayer la crysothérapie, étant donné l'action des sels d'or sur les lésions tuberculeuses, d'une part et, d'autre part, leur action dans les rhumatismes chroniques qui a été signalée à maintes reprises par J. Forestier.

Chez nos malades il semble que nous soyons en droit de leur attribuer le mérite des résultats obtenus qui ont largement dépassé les espérances que nous avons mises dans l'application de cette méthode.

Nous croyons que l'histoire de ces malades vaut d'être retenue et nous remercions vivement le Docteur Pellé qui nous a documenté pour ce travail et dont les conseils judicieux et éclairés nous ont été si utiles.



## Aperçu Historique

S'il est actuellement admis que le rhumatisme tuberculeux existe réellement, il n'en a pas toujours été ainsi, et la conception de ce rhumatisme tuberculeux, c'est-à-dire dépendant de la tuberculose et pouvant affecter toutes les formes (aiguë, subaiguë, chronique), a soulevé d'innombrables discussions.

Poncet, de Lyon, a peut-être, comme les novateurs, agrandi démesurément les cadres de l'affection par lui isolée. Sans doute y a-t-il fait rentrer de gré ou de force nombre d'états passibles de toute autre interprétation ; n'empêche que le rhumatisme de Poncet a maintenant droit de cité mais il ne faut admettre son existence que dans un cadre limité et précis.

Son histoire peut schématiquement se diviser en trois périodes :

- I. — Période des précurseurs.
- II. Période de négation.
- III. Période actuelle.

### PÉRIODE DES PRÉCURSEURS

Dès 1860 Fuller, bientôt suivi d'ailleurs par Trousseau, Charcot, Guéneau de Mussy, Gubler, Laveran, Bonnet,

Peter avait envisagé la tuberculose comme cause efficiente de certains rhumatismes.

Pavel décrit les formes aiguës chez les cavitaires. Laveran, en 1876-1877, rapporte deux cas de granulie articulaire. Weill, en 1883, individualise des arthralgies fugaces et intermittentes. Lannelongue, Prioud, Ricard, Arnoud rapportent de nouvelles observations.

Ces faits restent dispersés, peu connus et considérés comme rares jusqu'au Congrès de chirurgie de 1897. C'est à ce moment que Poncet, par une synthèse audacieuse, définit un rhumatisme tuberculeux pour lui très polymorphe et très fréquent. L'école lyonnaise, à la suite de Poncet, avec Bérard, Patel, Destot, Thévenot, Maillard, Leriche et Mouriquand donnent à cette théorie une extension telle qu'immédiatement les critiques s'élèvent.

En 1909, paraît le « Rhumatisme tuberculeux » de Poncet et de Leriche où les auteurs en fixent le caractère.

En effet, à côté des tuberculoses articulaires dues au développement dans les jointures de formations histologiquement spécifiques, il faut décrire chez le tuberculeux une variété de pseudo-rhumatisme infectieux non histologiquement tuberculeux et auquel Poncet reconnaît les modalités suivantes : « Arthralgies, arthrites aiguës et subaiguës donnant le tableau du rhumatisme franc et frappant surtout les grandes articulations, rhumatismes chroniques enfin, pouvant s'accompagner de manifestations abarticulaires susceptibles de frapper toutes les séreuses. »

« Un état grave avec des lésions articulaires de moyenne intensité, affirment-ils, est souvent une présomption en faveur du rhumatisme tuberculeux. »

## PÉRIODE DE NÉGATION

La conception du rhumatisme tuberculeux n'est basée que sur des arguments statistiques et cliniques. Les vérifications anatomiques et expérimentales restent exceptionnelles ; aussi l'existence du rhumatisme tuberculeux n'est pas admise par tous.

L'école de Nancy, avec Bernheim, se refuse à admettre une telle fréquence du rhumatisme tuberculeux, affirmant que « rien n'autorise à admettre l'existence d'un rhumatisme tuberculeux articulaire sans tubercules et purement toxique et inflammatoire ».

Dans son Traité de Pathologie interne, Enriquez conclut son étude: « A vrai dire cette conception du rhumatisme tuberculeux a été très exagérée. S'il est possible d'observer des manifestations rhumatismales chez les tuberculeux elles sont rares et leur mécanisme profondément discutable. Quant à la conception d'un rhumatisme abarticulaire, elle ne peut être retenue. »

A la suite de cette violente réaction, grâce à la notion histo-pathologique des tuberculoses inflammatoires non folliculaires, les controverses reprennent et nous arrivons à la troisième période.

## PÉRIODE ACTUELLE

Landouzy avec Gougerot, puis Laederich et Teissier, apportent en faveur du rhumatisme tuberculeux le poids de leur autorité. Les travaux modernes révélant le cycle vital du virus tuberculeux avec ses formes non acido-résistantes et même filtrantes, révélant encore une tuber-

culose atypique purement ganglionnaire et spontanément curable chez les cobayes, viennent faire tomber en partie les derniers arguments que l'on opposait à l'existence du rhumatisme tuberculeux.

Grâce à Calmette et Valtis, à Vaudremer, les auteurs actuels précisent en la limitant la conception un peu trop audacieuse de Poncet. Grâce aux publications de Paiseau, qui lui donne comme cause possible un virus filtrant tuberculeux et du Professeur Bezançon, la réalité de cette affection encore mise en doute par quelques-uns se trouve nettement établie et on doit même admettre qu'elle n'est nullement exceptionnelle.

Le 4 décembre 1931, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Coste affirmait : « Lorsqu'on parcourt les observations publiées, on constate que dans toutes la tuberculose était déjà probable cliniquement et que le laboratoire, avec l'aide des techniques modernes, n'a fait que confirmer un diagnostic à moitié posé ; ou bien il s'agissait d'une polyarthrite déformante d'allure plus ou moins banale coïncidant avec une tumeur blanche, avec une ostéite fistulée à pus bacillifère ; ou d'une polyarthrite déformante survenant chez un tuberculeux pulmonaire, ou bien d'une polysérite tuberculeuse intéressant non seulement des synoviales articulaires, mais la plèvre, parfois le péritoine, ou enfin d'une polyarthrite aiguë simulant la maladie de Bouillaud, mais s'en distinguant par une salicylo-résistance plus ou moins complète. »

Saenz communiquait encore récemment à la Société de biologie pendant la séance du 18 juillet 1931 les résultats des recherches de Löwenstein sur la valeur diagnostique de l'hémoculture chez les tuberculeux : cet auteur a réussi à mettre en évidence la bacillémie des tuberculeux par hémoculture sur milieu œuf-asparagine dont il a donné

la composition. Il a ainsi obtenu des cultures de B. K. 17 fois sur 19 cas de rhumatisme articulaire aigu.

Ainsi d'après lui la maladie de Bouillaud serait pratiquement due au B. K.

Cette théorie semble un peu excessive et des travaux récents ont donné à ce sujet des conclusions qui sont loin d'être aussi affirmatives.

Il résulte de toutes ces discussions que le rhumatisme tuberculeux a acquis une individualité propre dans le cadre des pseudo-rhumatismes infectieux.

Nous pensons que les localisations tuberculeuses ne sont pas ordinairement multiples et pourtant on rencontre assez souvent des exceptions à cette règle. C'est une tendance assez dangereuse que de rapporter toutes les manifestations morbides survenant chez un tuberculeux à une cause unique, le bacille de Koch. C'est probablement cette tendance naturelle et qui satisfait notre logique qui a conduit Poncet à concevoir le rhumatisme tuberculeux et à lui faire une trop grande place en clinique. Il faudra donc savoir reconnaître la coexistence fréquente du rhumatisme articulaire aigu et de la tuberculose.

Le Docteur Pellé a signalé à la Société médicale, le 18 juillet 1924, quelques cas de polyarthrite aiguë survenue chez les tuberculeux pulmonaires. L'état de la sérosité intra-articulaire, qui ne tuberculisait pas le cobaye, la non modification de la cuti-réaction au cours des fluxions articulaires, l'efficacité rapide du salicylate de soude ont fait penser qu'il s'agissait du rhumatisme articulaire aigu franc.

Dans les deux observations que nous devons à son obligeance, la cuti-réaction s'est montrée négative pendant toute la durée de la maladie, le salicylate de soude inefficace, d'autre part l'épanchement ponctionné et injecté

au cobaye le tuberculisait. Le traitement aurothérapique a eu des effets immédiats amenant la guérison. Nous sommes amenés à dire quelques mots de l'histoire de la crysothérapie.

La première étude des sels d'or, si l'on excepte les recherches des anciens alchimistes, semblent remonter à Koch qui, dès 1890, avait montré que les sels doubles d'or et de potassium présentaient la propriété d'empêcher *in vitro* le développement du bacille tuberculeux.

Des applications furent tentées avec divers produits, mais tous se révélèrent peu maniables, toxiques et demeurèrent peu employés.

En 1914 Mollaard de Copenhague *renouvelle* la question par sa découverte du thiosulfate d'or et de sodium. Dès lors ce composé et des composés analogues injectables par voie intra-veineuse ou intra-musculaire commencèrent à être employés couramment. La première application en fut faite à la tuberculose pulmonaire.

Depuis on a étendu ses applications à d'autres affections et notamment au rhumatisme chronique.

J. Forestier, qui s'est intéressé à la question, a obtenu des résultats remarquables. M. le Professeur Rathery a publié plusieurs observations de rhumatisants chroniques guéris ou améliorés par cette méthode.

Il a semblé logique, nous le disions dans notre introduction, d'essayer son efficacité dans les manifestations du rhumatisme tuberculeux et dans les observations qui suivent nous avons tâché de mettre en relief l'importance de ce traitement sur lequel des espoirs paraissent fondés.

## Observations

### OBSERVATION I

Le malade est un ouvrier peintre, âgé de 46 ans.

Soigné pendant la guerre en 1914 pour dysenterie. En captivité il est traité à différentes reprises pour une affection diagnostiquée « Bronchite ». Il est hospitalisé en 1916 pour une affection scorbutique avec hémorragies gengivales et perte des dents.

Après sa démobilisation en 1919 son état général est précaire ; il tousse et crache à différentes reprises pendant plusieurs années surtout l'hiver. Il se plaint d'une fatigabilité extrême de plus en plus marquée avec anorexie et amaigrissement.

Il continue son travail néanmoins avec quelques interruptions jusqu'en décembre 1931, époque à laquelle survient une hémoptisie d'abondance moyenne.

Il est hospitalisé pour des lésions tuberculeuses sur la totalité du lobe supérieur gauche cliniquement, radioscopiquement et bactériologiquement confirmées. Un pneumothorax est réalisé le 31 décembre et provoque un arrêt dans l'évolution de ces lésions malgré une adhérence assez large dans la région sous-claviculaire.

L'état général s'améliore, les symptômes fonctionnels disparaissent, la température est redevenue normale.

### *Première manifestation rhumatismale*

Le 13 février 1932 on constate une poussée fébrile, la température atteignant 40°, elle s'accompagne d'une fluxion assez marquée du coude et du poignet droits. La température oscille autour de 38° pendant 8 jours et les douleurs articulaires disparaissent.

Le sujet est présenté pour une cure sanatoriale. Son admission est acceptée, mais elle doit être retardée à cause de l'apparition soudaine d'une angine avec température autour de 39° pendant une dizaine de jours.

Il quitte l'hôpital pour le sanatorium le 26 mars.

### *Deuxième manifestation rhumatismale*

Pendant le voyage, dans le train, il est pris de douleurs articulaires au genou droit et au poignet gauche avec rougeur et gonflement très douloureux.

Il arrive au sanatorium en pleine crise rhumatismale, état fébrile 39°, et manifestations polyarticulaires. Il est soumis pendant quelques jours à la cure salicylée puis adressé dans un service hospitalier parisien.

Il entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Harvier, en pleine crise rhumatismale. Il s'agit de fluxions articulaires et paraarticulaires mobiles et fugaces disparaissant sans laisser de traces, touchant alternativement toutes les articulations (genoux, orteils, coudes, poignets, etc.). Chaque articulation a subi plusieurs poussées fluxionnaires.

A ce moment, la sérosité du genou est inoculée au cobaye. On a continué la cure salicylée à des doses élevées. Il ne semble pas qu'elle ait influencé l'évolution du rhumatisme.

Ces manifestations polyarticulaires ont récidivé et le malade quitte l'hôpital pour rentrer dans sa famille en pleine crise rhumatismale.

### *Troisième période. . . Crysothérapie.*

En présence de la carence du traitement salicylé, nous avons pensé à utiliser l'aurothérapie qui, dans un autre cas de rhu-

matisme tuberculeux, nous a donné aussi des résultats surprenants comme nous le verrons dans l'observation II.

Nous avons constaté une amélioration assez rapide des fluxions articulaires qui, après 15 jours de traitement, disparaissent complètement pour ne plus récidiver.

#### *Quatrième période. — Epanchement pleural.*

Cependant la température se maintenait élevée oscillant entre 38 et 39°. Elle était probablement en rapport avec une poussée liquidienne qui s'était produite au cours de cette crise rhumatismale.

La cryothérapie a été continuée, le liquide pleural, purulent, a été ponctionné. Après 2 grammes de crisalbine, l'état général s'est remonté, le poids a augmenté, la température s'est stabilisée aux environs de 37°.

### DIAGNOSTIC

Ainsi donc sont apparues chez un tuberculeux pulmonaire en traitement par le pneumothorax deux manifestations rhumatismales : Une première, peu marquée, ayant touché seulement deux articulations, qui a duré 8 jours et s'est guérie spontanément.

Une deuxième précédée d'une angine, qui a présenté tous les caractères de la maladie de Bouillaud :

Manifestations polyarticulaires avec douleurs intenses empêchant tout sommeil, irradiant hors des articulations, et avec des articulations rouges, chaudes, tuméfiées. Ces atteintes sont extrêmement mobiles, fugaces, mais récidivantes.

Le malade a été réfractaire au salicylate de soude qui, administré à hautes doses, longuement prolongées, n'a aucunement modifié l'évolution du rhumatisme.

Il semble, par contre, que la crisalbine a eu un effet très rapide puisque nous constatons qu'après 4 injections de 0 gr. 10 les fluxions articulaires avaient complètement disparu.

La nature tuberculeuse de ce rhumatisme a été démontrée

par l'inoculation au cobaye de la sérosité prélevée dans l'articulation du genou. Elle a provoqué chez le cobaye sacrifié des lésions tuberculeuses type Villemin.

C'est donc bien un rhumatisme tuberculeux légitime. A aucun moment on n'a constaté de symptômes d'endocardite.

## EXAMENS DE LABORATOIRE

### 1° Sang

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Réaction de Hetch . . . . .      | négative |
| Réaction de Wassermann . . . . . | négative |

#### a) Numération globulaire

|     |                    | 30 mai    | 17 juin   | 2 juillet |
|-----|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| gl. | { rouges . . . . . | 3.360.000 | 3.890.000 | 4.100.000 |
|     | { blancs . . . . . | 9.000     | 7.000     | 6.000     |

#### b) Formule leucocytaire

|                                 | 30 mai | 2 juillet |
|---------------------------------|--------|-----------|
| Polynucléaires neutro . . . . . | 60     | 70        |
| Mononucléaires . . . . .        | 23     | 10        |
| Lymphocytes . . . . .           | 17     | 20        |

### 2° Liquide pleural

Pus. Présence de nombreux B. K. petits, granuleux.

### 3° Sérosité articulaire

Inoculée au cobaye, lésions type Villemin.

## OBSERVATION II

Il s'agit d'un malade âgé de 32 ans, exerçant la profession de maçon, entré à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 3 août 1931, pour un syndrome polyartculaire aigu avec une dyspnée très marquée.

### *Antécédents personnels*

1° Il a été réformé à 100 % en 1919 pour tuberculose pulmonaire unilatérale (sommet gauche) avec expectoration bacillifère (présence de B. K. à l'examen direct).

Depuis 7 ans, il semble bien que ces lésions n'aient manifesté aucune activité, le bon état général du sujet qui travaille manuellement sans grande fatigue et la radioscopie l'ont prouvé. D'ailleurs, sa pension militaire a été réduite à 40 % depuis 1923.

2° Le malade accuse 2 crises de rhumatisme polyartculaire aigu d'évolution assez analogue en 1923 et 1926. Le diagnostic porté fut celui de « Maladie de Bouillaud ». Le traitement par le salycilate de soude n'a pas eu beaucoup de succès, ainsi lors de la deuxième crise surtout les manifestations articulaires douloureuses ont persisté pendant 6 mois.

### *Histoire de la maladie*

Le début brutal remonte au 16 juillet 1931.

#### A. — Rhumatisme.

L'articulation du genou droit est d'abord douloureuse puis gonflée, bientôt c'est le tour de la hanche droite, de l'épaule, du coude, puis poignet gauches. La température atteint d'emblée 39°5 et s'y maintiendra pendant une vingtaine de jours, avec des phénomènes graves.

Le malade devient dyspnéique en quelques jours; cette gêne respiratoire augmentera constamment en même temps qu'apparaîtra la douleur thoracique exaspérée par la toux, au niveau de la base de l'hémithorax gauche.

Il absorbe chaque jour des doses élevées de salicylate de soude, 10-12 gr., qui n'amendent aucunement les symptômes.

A son arrivée à l'hôpital, nous voyons apparaître une arthrite douloureuse du cou de pied gauche. L'articulation tibio-tarsienne est gonflée et douloureuse, la peau est luisante, chaude et enflammée, les mouvements légèrement limités; il n'y a pas de points douloureux précis. On constate peu d'atrophie musculaire et pas d'adénopathie.

La dyspnée est considérable, la température se maintient entre 39° et 40°; le malade est pâle et présente un faciès grippé. Son état nous paraît grave.

#### B. — Complications cardiaques.

A l'examen de l'appareil circulatoire, on constate que les bruits du cœur sont très assourdis; la pointe bat d'une façon imperceptible dans une matité cardiaque très augmentée: un calque dessine une matité globuleuse considérable et vaguement triangulaire.

Nous pensons à un épanchement péricardique qui est vérifié par la ponction exploratrice qui ramène un liquide franchement hémorragique et plus tard par l'examen radiologique: on est en présence d'une image cardiaque énorme en sabot. Par une irradiation étroitement localisée on s'aperçoit que les bords de cette ombre ne sont que très peu pulsatiles et l'on arrive même à dissocier une ombre plus foncée formant la partie centrale de l'image et entourée d'une pénombre périphérique.

La tension artérielle est de 13-8 à l'appareil de Vaquez.

#### C. — Appareil respiratoire

L'examen clinique des poumons montre une matité de la base gauche avec un souffle qui se modifie avec la position du malade (syndrome de Pins). On note de l'œgophonie aphone. Les vibrations thoraciques sont abolies à la base. Il n'y a pas d'expectoration appréciable. Pas de bacille de Koch. Il existe un léger épanchement séro-fibrineux à la base gauche, vérifié par une ponction exploratrice dont le liquide donne

une réaction de Rivalta positive. Un cliché radiographique ne montre pas en dehors d'un sinus costo-diaphragmatique gauche opaque et d'un développement anormal des ombres hilaires, de modifications de transparence correspondant à des lésions tuberculeuses actives.

#### D. — Autres examens.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

### EVOLUTION DE LA MALADIE

Le diagnostic primitif de rhumatisme articulaire aigu avec complication cardiaque n'est pas abandonné et le traitement salycilé est continué à la dose de 12 grammes par jour. On constate qu'il est absolument sans efficacité.

Après 4 jours d'observation nous commençons le 6 août une série d'injections intraveineuses de sels d'or, nous faisons 0 gr. 10 de crisalbine tous les 2 jours puis 0 gr. 15, enfin nous faisons 2 nouvelles piqûres de 0 gr. 10.

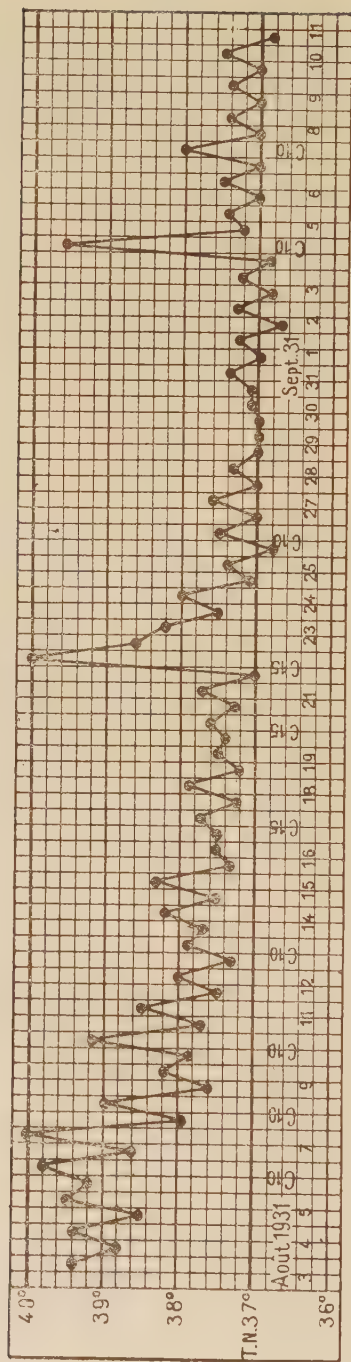
Le lendemain de la première piqûre, nous constatons une réaction très nette: Diminution de l'hyperthermie qui, de 39°9 est tombée à 38° et de la fluxion articulaire, la douleur est plus supportable.

A la troisième injection, la température est de 37°5, les phénomènes articulaires s'atténuent visiblement pour disparaître à peu près complètement après 6 jours de traitement.

Nous continuons les sels d'or jusqu'à la dose totale de 1 gr. 15 et à part 2 clochers à 40° et 39°6 dus chacun à une injection intraveineuse, nous constatons que la température qui, avant le traitement, oscillait autour de 39°, ne varie plus qu'autour de la normale.

La dyspnée subit la même régression pour disparaître à peu près complètement le dixième jour. L'épanchement péri-cardique s'est résorbé; la cuti-réaction est devenue positive. L'épanchement pleural a disparu de même. Le malade se croit

# *Courbe de Température*



Séjour du malade à l'Hôpital : du 3 Août 1931 au 11 Septembre 1931.

complètement guéri et malgré les conseils du médecin quitte l'hôpital le 12 septembre 1931 pour reprendre son métier de maçon. Il est revu à plusieurs reprises : son état de santé est aussi parfait que possible et il assure normalement son travail.

## DIAGNOSTIC

Ainsi une polyarthrite aiguë présentant tous les caractères cliniques d'un rhumatisme articulaire aigu compliquée d'une péricardique avec épanchement hémorragique a vu son évolution promptement arrêtée par la cryothérapie alors que le salicylate de soude administré cependant à haute dose depuis 20 jours était resté sans effet.

Il s'agit d'une polysérite aiguë dont il est intéressant d'étudier l'étiologie. Les antécédents du malade nous fournissent à ce point de vue des renseignements utiles que nous rappelleront brièvement : C'est un ancien tuberculeux pulmonaire certain (en 1919, radiographies démonstratives, examen des crachats positif pour le bacille de Koch, amaigrissement considérable, anorexie, insomnie, sueurs nocturnes, etc.). Il était alors titulaire d'une pension de 100 %, il a eu en 1923 et 1926 deux crises semblables de rhumatisme polyarticulaire aigu. Ces trois crises rhumatismales salycilo-résistantes survenues chez un tuberculeux pulmonaire font penser à une étiologie tuberculeuse.

La nature hémorragique de l'épanchement péricardique est aussi un argument sérieux en faveur de cette étiologie; la tuberculisation du cobaye autopsié 30 jours après l'inoculation est venue apporter la certitude de la nature tuberculeuse de la péricardite.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants :

A. — *Examen du liquide péricardique :*

|                         |   |                                                                |
|-------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| Après centrifugation .  | { | Culot abondant, épais, rouge, surmonté d'un liquide hématique. |
| Cytologie . . . . .     | { | Hématies en grand nombre.<br>Nombreux lymphocytes.             |
| Bactériologie . . . . . | { | Amicrobie.<br>Recherche du B. K. négative.                     |
| Cultures . . . . .      | { | Lesensemencements sont restés stériles.                        |

B. — *Examen du sang :*

Réaction de Hecht négative.

Wassermann négatif.

11 août 1931 8 sept 1931

|                         |   |                  |           |           |
|-------------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| Numération globulaire . | { | Hématies . . .   | 3.740.000 | 4.200.000 |
|                         |   | Leucocytes . . . | 15.000    | 8.000     |

Hémoglobine : 80 %.

|                         |   |                                   |      |      |
|-------------------------|---|-----------------------------------|------|------|
| Formule leucocytaire .. | { | Polynucléaires . . . .            | 85 % | 75 % |
|                         |   | Eosinophiles . . . .              | »    | »    |
|                         |   | Grands et moyens mononucléaires . | »    | 7 %  |
|                         |   | Lymphocytes . . . . .             | 15 % | 18 % |

*Inoculation du liquide hémorragique du péricarde*

On injecte sous la peau du cobaye 2 cm<sup>3</sup> de liquide. On sacrifie l'animal au bout de 30 jours, l'autopsie montre une tuberculose type Villemin avec ganglions caséeux sans chancre d'inoculation.

## OBSERVATION PUBLIEE

(MM. LAEDERICH, MAMOU, Mmes ARAGER et LÉONARD)

*Rhumatisme tuberculeux primitif aigu, à poussées successives traité par l'allocrysine.* — Société Médicale des Hôpitaux, 4 décembre 1931.

Le malade âgé de 54 ans entre à l'hôpital Necker le 16 mars 1931, pour une poussée rhumatismale traînant depuis un mois. Il en a déjà eu une série de semblables depuis 12 ans.

Jusqu'en 1919, il avait une santé parfaite; notamment, il n'a jamais eu de blennorragie ni aucun signe de syphilis; aucune histoire de tuberculose ni chez lui-même ni chez ses ascendants ni dans son entourage, il est sujet depuis 1919 à des accidents articulaires évoluant par poussées.

Le début des crises exceptionnellement marqué par une angine est habituellement assez progressif, marqué d'abord par des arthralgies surtout dans les genoux et les tibio-tarsiennes; bientôt la fièvre s'élève à 38 et 39° en même temps que les articulations se tuméfient et deviennent plus douloureuses. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines tout rentre dans l'ordre, le malade ne gardant que quelques arthralgies fugaces.

Pendant l'année 1926, il a subi une poussée rhumatismale qui l'obligea à séjourner 8 mois à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Rathery. Plusieurs articulations furent enflammées: les deux tibio-tarsiennes, le genou et le coude droit, les deux poignets; ses jointures étaient considérablement tuméfiées, rouges et chaudes, très douloureuses; l'impotence fonctionnelle était complète, la fièvre se serait maintenue, au dire du malade, pendant 2 mois; le salicylate de soude à haute dose n'eut aucune action.

La poussée fluxionnaire s'amenda progressivement et spontanément au bout de ces deux mois, le malade ne gardant qu'une légère augmentation de volume du genou droit avec un peu de gêne. Il s'appréta à quitter l'hôpital quand sur-

vint une nouvelle poussée analogue à la précédente. Et cela dura ainsi 8 mois par une série de poussées successives de polyarthrites aiguës, fébriles entre lesquelles il ne persistait qu'une légère hydarthrose du genou droit.

Enfin tout guérit, l'hydarthrose elle-même disparut et le sujet n'éprouvait plus que de loin en loin quelques arthralgies fugaces dans les genoux et les chevilles sans gonflement.

C'est en février 1931 que les manifestations reparurent et il rentre à Necker le 16 mars 1931. A l'examen, nous trouvons un homme vigoureux, d'aspect floride, presque apyrétique, 37°5; il se plaint de l'articulation tibio-tarsienne gauche et des deux poignets. Le coup de pied est globuleux, la peau légèrement rosée et chaude, la pression douloureuse sur toute la région sans points électifs, la mobilisation passive est très pénible. Les deux poignets sont légèrement tuméfiés et douloureux. L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit présente les mêmes signes d'inflammation. Toutes les autres articulations sont indemnes sans aucun reliquat des poussées antérieures. Aucune adénopathie; les viscères: cœur, poumon, sont normaux. Il n'y a pas d'urétrite, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; réactions de Wassermann et de Hecht négatives. Pas de tophi gouteux.

Devant cette histoire clinique, nous soumettons le malade à un traitement salicylé intensif à raison de 10 gr. par voie buccale auquel nous adjoignons bientôt 2 gr. par voie intraveineuse.

Hors en plein traitement salicylé au dixième jour, non seulement le malade n'est nullement soulagé mais nous assistons à une poussée très violente de polyarthrite aiguë: le 27 mars, le malade se plaint de malaise général, de courbatures; la fièvre monte en 2 jours à 40°; l'examen montre une angine érythématopultacée bilatérale avec réactions ganglionnaires sous-maxillaires modérées; le frottis ne montre qu'une flore banale, la culture ne donne pas de Löffler.

Deux jours après cette angine, vite guérie, une polyarthrite se manifeste prenant simultanément la cheville droite et le genou gauche, dans le genou l'épanchement est assez abondant; il n'y a pas de point osseux spécialement douloureux.

Les signes généraux sont intenses; la température se maintient à 39°, le malade est pâle, couvert de sueurs abondantes, geignant au moindre mouvement des couvertures, offrant en un mot l'aspect typique du rhumatisme aigu classique. Les bruits du cœur restent cependant bien frappés. Du côté digestif, on note de l'anorexie et de la constipation, les urines foncées ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous pratiquons à ce moment une cuti-réaction qui se montre franchement positive et une réaction de Vernes à la résorcine qui donne le chiffre élevé de 117.

Le salicylate de soude continue à se montrer inefficace, ce n'est qu'après une quinzaine de jours que la poussée aiguë se calme, la fièvre tombe; l'arthrite tibio-tarsienne s'efface, mais au genou si les phénomènes d'inflammation s'atténuent, il persiste une hydarthrose d'abondance moyenne qui va se prolonger plus de 2 mois.

Devant cette inactivité du salicylate et cette persistance de l'hydarthrose, nous soupçonnons l'origine bacillaire de ce rhumatisme et faisons les preuves suivantes :

Une radiographie du genou montre l'intégrité parfaite des extrémités osseuses et de l'interligne articulaire. Une radiographie des poumons est également négative.

Une nouvelle réaction de Vernes montre le chiffre réduit, mais encore positif de 27.

Des cuti-réactions à la tuberculine pratiquées simultanément au niveau du genou hydarthrosique et au niveau du pied donnent pour la première une papule plus rouge et plus saillante que pour la seconde.

Enfin une ponction du genou permet de retirer un liquide citrin, séro-fibrineux, dont la formule cytologique montre une prédominance de polynucléaires, quelques lymphocytes et quelques cellules endothéliales, pas de microbes à l'examen direct et la culture reste stérile.

Par contre l'inoculation du liquide articulaire sous la peau de l'aîne droite d'un cobaye tuberculise cet animal; sacrifié au bout de 43 jours, celui-ci présentait un gros ganglion inguinal droit du volume d'une amande, entièrement caséeux et entouré de plusieurs autres ganglions plus petits, fibreux,

avec quelques points caséux; un ganglion sous-hépatique atteint le volume d'une noisette; les ganglions médiastinaux sont volumineux et presque totalement caéseux; les lésions viscérales sont relativement plus discrètes; la rate légèrement hypertrophiée contient quelques granulations jaunâtres et les deux poumons sont parsemés de fines granulations grises. Un frottis du pus caséux des ganglions y révèle de nombreux bacilles de Koch typiques.

Pendant qu'évolue la tuberculose de cobaye notre malade guérissait progressivement, l'hydarthrose, après quelques alternatives de diminution et de réaugmentation était déjà réduite spontanément lorsque nous connûmes le résultat de l'inoculation au cobaye.

Nous commençâmes à ce moment un traitement par l'alloscissine; 4 injections de 0 gr. 10 furent parfaitement supportées; mais le malade se sentant débarrassé de son rhumatisme ne présentant plus qu'un très léger choc rotulien quitta l'hôpital le 30 juin et malgré nos conseils ne revient pas continuer ses piqûres.

Nous avons pu le revoir tout récemment (fin octobre) : il est en parfaite santé, a repris son travail de livreur dans un grand magasin, ce qui l'oblige à marcher beaucoup et à monter beaucoup d'escaliers. Il le fait sans douleur; toutes ses articulations sont normales, notamment le genou où l'on ne retrouve plus trace d'épanchement ni aucune séquelle de sa dernière atteinte.

## Le traitement

### Les contre-indications. Les accidents

Nous avons vu au cours des observations l'emploi que l'on pouvait faire des sels d'or dans le rhumatisme tuberculeux ; en y adjoignant un traitement à la fois symptomatique et étiologique voyons quelle sera notre conduite en présence de l'un de ces malades.

#### TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Des résultats généralement appréciables sont obtenus avec la cryogénine à la dose de 0 gr. 50 par jour, il y a sédation de la douleur. De même l'aspirine pourra se montrer d'une efficacité utile.

Le salicylate de soude a une action qui n'est ni constante, ni complète ; nous croyons cependant qu'il ne faut pas abandonner ce médicament dont l'action est élective sur les jointures et qui peut rendre et a rendu des services dans les complications rhumatismales ; on l'emploiera à fortes doses, 10 gr. et plus, en ingestion ou alors en injections intra-veineuses en se rappelant que les doses par cette voie équivalent à des doses *per os* 10 fois supérieures.

Des enveloppements ouatés seront faits localement après application de pommade à l'acide salicylique ou à l'essence de térébenthine ou après un badigeonnage avec des liniments au salicylate de méthyle et au chloroforme.

Pendant les périodes fébriles et dans le temps des injections le régime alimentaire sera évidemment léger.

### TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Le traitement étiologique s'ajoutera évidemment au traitement symptomatique, il sera celui de toute bacillose et il a ici une très grande importance car ce n'est pas en général le phthisique, mais le « petit tuberculeux » à lésions latentes ou discrètes qui fait le plus souvent du rhumatisme tuberculeux.

Tout d'abord on préconisera une vie au grand air, au soleil, dans des conditions de calme et de repos qui seront mieux réalisées dans une maison de santé que dans un sanatorium.

On y adjoindra un traitement récalcifiant et l'absorption longtemps prolongée d'huile de foie de morue comme l'avait préconisée Poncet. Parfois on se trouvera bien de l'emploi des antigènes méthyliques de Calmette à l'actif desquels on relève quelques succès.

Si cela est nécessaire on n'hésitera pas à pratiquer le pneumothorax artificiel.

C'est à cet ensemble de méthodes que nous ajouterons l'aurothérapie. Voyons s'il y a quelques contre-indications à son emploi. Il semble qu'elles soient extrêmement restreintes.

On pourra s'abstenir tout au plus en cas de lésions ré-

nales puisque théoriquement les sels d'or sont irritants pour le rein.

La surveillance sera seulement plus attentive en cas d'administration par voie intra-veineuse.

La diarrhée n'est qu'une contre-indication bien relative puisqu'on a conseillé les sels d'or dans la diarrhée des tuberculeux.

Les accidents ou plutôt les incidents sont peu fréquents, ils consistent surtout en réactivation des douleurs articulaires.

Les accidents auxquels expose la méthode sont bien plus intéressants à observer. Il est certain qu'il existe des sujets particulièrement sensibles à la médication aurique et il est capital de pouvoir reconnaître précocement cette sensibilité pour ne pas poursuivre une thérapeutique qui pourrait non pas amener des troubles graves mais de petits ennuis. Ces accidents sont généralement tardifs survenant vers la 10<sup>e</sup> injection. Le signal d'alarme qu'il faut toujours rechercher et qui apparaît le premier : c'est le prurit. Un prurit net indiquera l'arrêt de l'aurothérapie et les accidents pourront en rester là. Mais peuvent apparaître des érythèmes à type urticarien congestif s'effaçant à la pression, papuleux, prurigineux. Ils commencent toujours à l'abdomen et ensuite s'étendent aux membres, on signale parfois des accidents plus graves, mais rares :

Fièvre ;

Prostration ;

Erythrodermie ;

Diarrhée.



## Conclusions

I. — Longtemps contestée, l'individualité du rhumatisme tuberculeux est maintenant nettement établie par des observations nouvelles où les arguments bactériologiques et expérimentaux sont venus s'ajouter aux arguments purement cliniques de Poncet.

II. — Dans les observations que nous avons rapportées, les conditions sont telles qu'il est impossible de ne pas les rattacher à la tuberculose.

III. — Le rhumatisme tuberculeux est très peu, sinon pas du tout influencé par le salicylate de soude. Mais s'il est salicylo-résistant, il semble, au contraire, heureusement influencé par les sels d'or et la « crysothérapie » peut couper court à son évolution, préserver et même guérir les complications graves qu'il peut engendrer, éviter les manifestations chroniques ultérieures dont le pronostic est si décevant.

a) Dans notre observation I il a suffi de 4 injections de crysalbine à 0 gr. 10 pour obtenir une disparition complète des fluxions articulaires et sans récidue.

b) Dans l'observation II, en présence d'un rhumatisme compliqué de péricardite hémorragique et d'épanche-

ment, la guérison totale est obtenue après une dose totale de 1 gr. 15.

c) L'observation de M. Laederich est peut-être moins concluante, il semble tout de même que la guérison a été accélérée et consolidée par l'allochrysine.

IV. — Nous pensons donc qu'il y a tout à gagner et rien à perdre en conjuguant cette thérapeutique avec les moyen qu'on a l'habitude de mettre en œuvre, les résultats obtenus étant de bon augure pour l'avenir.

*Vu : le Doyen,*  
BALTHAZARD.

*Vu : le Président de la Thèse,*  
A. LEMIERRE

*Vu et permis d'imprimer,*

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLETY.

## Bibliographie

- BABONNEIX et MORNET. — Rhumatisme tuberculeux primitif (*Société Médicale des Hôpitaux*, 29 juill. 1926).
- BARON et DURAND. — Tuberculose généralisée subaiguë avec bacillémie et phénomènes septiques. Poussée de rhumatisme articulaire aigu (*Revue de Médecine*, 1921).
- BERNHEIM. — Rhumatisme articulaire et tuberculose (*Bulletin Médical*, 1909).
- BEZANÇON, BERNARD, CÉCILLE. — Polyarthrite aiguë tuberculeuse d'origine rhumatismale.
- BEZANÇON, OUMANSKY, GAUCHER. — Rhumatisme tuberculeux (*Société Médic. des Hôpitaux*, 8 mai 1931).
- BEZANÇON, MATHIEU, P. WEILL. — Le substratum anatomo-pathologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux (*Presse Médicale*, 27 avril 1932).
- COSTE et SAENZ. — A propos du rhumatisme tuberculeux (*Société Médic. des Hôpitaux*, 4 déc. 1931).
- DUMONT. — Contribution à l'étude de la cryothérapie des tuberculeux.
- J. FORESTIER. — Le traitement des polyarthrites chroniques par les sels d'or (*Société Médic.*, 1930, n° 6).
- Les rhumatismes polyarticulaires et leur traitement par les sels d'or (*Presse Médicale*, 1931).
- La cryothérapie dans le rhumatisme chronique (*Société Médic.*, 1<sup>er</sup> mars 1929).
- FUSELIER. — Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux (*Thèse de Lyon*, 1930).

- G. LAROCHE et POUMEAU-DELILLE. — Un cas de rhumatisme tuberculeux à forme arthralgique (*Société Médicale*, 24 février 1930).
- LEBEUF et MOLLARD. — Les aurides muqueuses et cutanées (*Presse Médicale*, septembre 1930).
- LIONNET. — Arthropathies rhumatoïdes au cours de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1903).
- ODDO et GIRAUD. — Deux cas de rhumatismes tuberculeux traités par les sulfates de terres rares (*Soc. Médicale des Hôpitaux*, 1925).
- PELLE. — Tuberculose et rhumatisme (*Société Médic.*, 24 juillet 1924).
- ROUILLARD. — Affections rhumatismales et tuberculose (*Presse Médicale*, 22 février 1928).
- PONCET et LERICHE. — Le rhumatisme tuberculeux (Doin, 1909).
- E. SERGENT. — Les horizons nouveaux de la phtisiologie (*Presse Médicale*, 18 juillet 1928).
- Le rhumatisme tuberculeux (*Journ. des Praticiens*, 26 mars 1927).



